

# Причини і наслідки низької прихильності до лікування на прикладі пацієнта з коморбідною патологією

виконала студентка 5 курсу М. Л. Костанда (гр. 509)  
керівник асс. каф. О. В. Лебединець

# Актуальність 1

**Прихильність (комплаєнс)** - ступінь відповідності поведінки пацієнта рекомендаціям лікаря, включаючи прийом препаратів, дієти і / або зміна способу життя.

В останні десятиліття досягнуто значних успіхів в лікуванні багатьох захворювань, однак вони не реалізуються повною мірою в клінічній практиці через невиконання лікарських рекомендацій хворими.

Існує більше 250 факторів, які впливають на прихильність. Але важливим є зміна парадигми, моделі взаємовідносин лікар-пацієнт з патерналістичної моделі на діалогічну. Тому залучення хворого до прийняття рішень щодо його захворювання є ключевим фактором підвищення комплаєнсу.

# Актуальність 2

Коли пацієнти  
найменше прихильні  
до прийому  
препаратів?



- Коли не болить  
- Коли немає швидкого  
ефекту

# Мета роботи

На прикладі хворої з артеріальною гіпертензією, фібриляцією передсердь і цукровим діабетом 2 типу проаналізувати причини, наслідки низької прихильності до лікування та способи її корекції.

Проблема недостатньої прихильності лікуванню особливо актуальна у хворих з коморбідною патологією, через велику кількість таких хворих та швидке прогресування захворювань і розвиток ускладнень.

Мета роботи – привернути увагу до важливості оцінки прихильності до лікування у кожного пацієнта. Розглянути можливі стратегії корекції низької прихильності.

# Наш пацієнт, Л.С.

- ↗ 73 роки
- ↗ Жінка
- ↗ Пенсіонер
- ↗ Дата госпіталізації – 27.10.2018

# Скарги та опитування по органам і системам

- ↗ напади серцебиття та перебоїв в роботі серця, що виникають переважно вночі в положенні лежачи, і купіруються 300 мг пропафенону
- ↗ задишка і серцебиття при підйомі на III-IV поверх, швидкій ходьбі, що зникають після відпочинку за 5-10 хвилин
- ↗ часті запаморочення та хиткість при ходьбі

# Анамнез хвороби

2014 – перший раптовий напад тахікардії. Діагноз - фібриляція передсердь (ФП), тахісістолічна форма, вперше виявлена. Пароксизм купірований в стаціонарі одноразовим в/в введенням аміодарону 150 мг.

2015 - пароксизмальна форма ФП. ГБ II ст., 2 ст. Для постійного прийому рекомендований карведилол 12,5 мг 2 р/д, кардіомагніл 75 мг 1 р/д., останній приймала з перервами, орієнтуючись на самопочуття. Частота нападів - 1 раз в 1-2 місяці.

2016 - діагностована постійна форма ФП. ГБ III ст., 3 ст. Рекомендований для щоденного прийому карведілол приймала лише при нападах серцебиття та тахікардії.

2017 - ішемічний інсульт на фоні підвищеного артеріального тиску (АТ). При виписці рекомендований контроль АТ і постійний прийом ривароксабану 20 мг., який припинила через 3 місяці.

2018 - Останнє погіршення стану у вигляді появи задишки, почастищення нападів серцебиття до 1-2 рази на місяць зазначає

# Анамнез життя 1

1993 - виразкова хвороба цибулини дванадцятипалої кишки, ускладнена кровотечею.

1999 - гепатит С (медичної підтверджуючої документації не надала), симптоматичне лікування курсами 1-2 рази на рік.

2002 - цукровий діабет, 2 тип. На момент опитування контроль глікемії глюкометром 2-3 рази на день - 8-9 ммоль/л натще, 10-12 ммоль/л між прийомами їжі. Постійний прийом метформіну 1000 мг 2 р/добу, гліклазиду 60 мг 1 р/добу. Дієти не дотримується.

2000 - вперше підвищення артеріального тиску до 160/90 мм рт. ст., ни з чим не пов'язане. Рекомендований лізиноприл 10 мг 1 р /д, приймала тільки при підвищенні тиску 1-2 рази на місяць. Впродовж довгого часу приймала гомеопатичні препарати. Почувалася добре.



# Об'єктивний огляд

Загальний стан задовільний, свідомість ясна. Положення в ліжку активне, хода атактична. Правильної статури, помірного харчування. Зріст 158 см., вага 56 кг., ІМТ 22,4 кг/м<sup>2</sup>. Шкіра звичайного забарвлення. Периферичних набряків немає. Дихання жорстке, хрипів немає. Діяльність серця аритмічна, ЧСС 100 уд/хв, акцент II тону над аортою. АТ 140/90 мм рт. ст., пульс неритмічний 78 уд/хв, **дефіцит пульсу 22 уд/хв**. Живіт м'який, безболісний. Печінка по краю правої реберної дуги. Симптом постукування негативний з обох сторін.

# Клінічний аналіз крові

	30.10.18	норма
Гемоглобін	142 г/л	120-140 г/л
Еритроцити	4,71 Т/л	3,9-4,7 Т/л
Кольоровий показник		0,85-1,15
ШОЭ	8 мм/год	2-15 мм/год
Тромбоцити	134 г/л	180-320г/л
Лейкоцити	5,3 г/л	4-9 г/л
Нейтрофіли палочкоядерні	2%	1-6%
Нейтрофіли сегментоядерні	48%	47-72%
Базофіли	0%	0-1%
Еозінофіли	2%	0,5-5%
Лимфоцити	42%	19-37%
Моноцити	6%	3-11%
Гематокрит	44,8%	36-42%

Висновок: незначна тромбоцитопенія.

# Клінічний аналіз сечі

	30.10.18	12.02.14	норма
колір	жовтий	жовтий	
прозорість	каламутна	прозора	прозора
питома вага	1,010	1,012	1,001-1040
реакція	7,0	5,5	5-7
білок	0,01г/л	сліди	-
еритроцити		0-1	-
глюкоза	60,5 ммоль/л	4,1 ммоль/л	-
лейкоцити	1-3 в п/з	5-6 в п/з	6-8
циліндри гіалінові			-
Слиз			небагато
бактерії	багато	не має	-

Висновок: глюкозурія, бактеріурія.

# Биохімічні показники крові

	30.10.18	23.07.15	12.02.14	норма
Загальний білок		71 мг/л	80 мг/л	66-88 мг/л
Білірубін загальний	18,9 мколь/л	20,28 мкмоль/л	21,9 мколь/л	5-21 ммоль/л
АЛТ	364 у/л	103 у/л	451у/л	до 31 у/л
АСТ	218 у/л	83 у/л	256 у/л	до 31 у/л
Сечовина	5,05 ммоль/л		4,5 ммоль/л	3,5-7,2 ммоль/л
Глюкоза	11,37 ммоль/л	6,44 ммоль/л	7,0 ммоль/л	3,9-6,4 ммоль/л
Креатинин	65 мкмоль/л	74 мкмоль/л	78,2 мкмоль/л	53-97 мкмоль/л

Виражений синдром цитолізу. Гіперглікемічний синдром.

Кліренс креатиніну за формулою Кокрофта-Голта - 68 мл / хв.

# Показники системи згортання крові

	30.10.18	норма
Пробтромбіновий час	14,5	13-18 сек
Протромбіновий комплекс	87,1	Більше 60%
Фібриноген	2,13	1,8-4 г/л
АЧТЧ	27	24-38 сек
РФМК	-	До 4,5 г/л

Висновок: норма

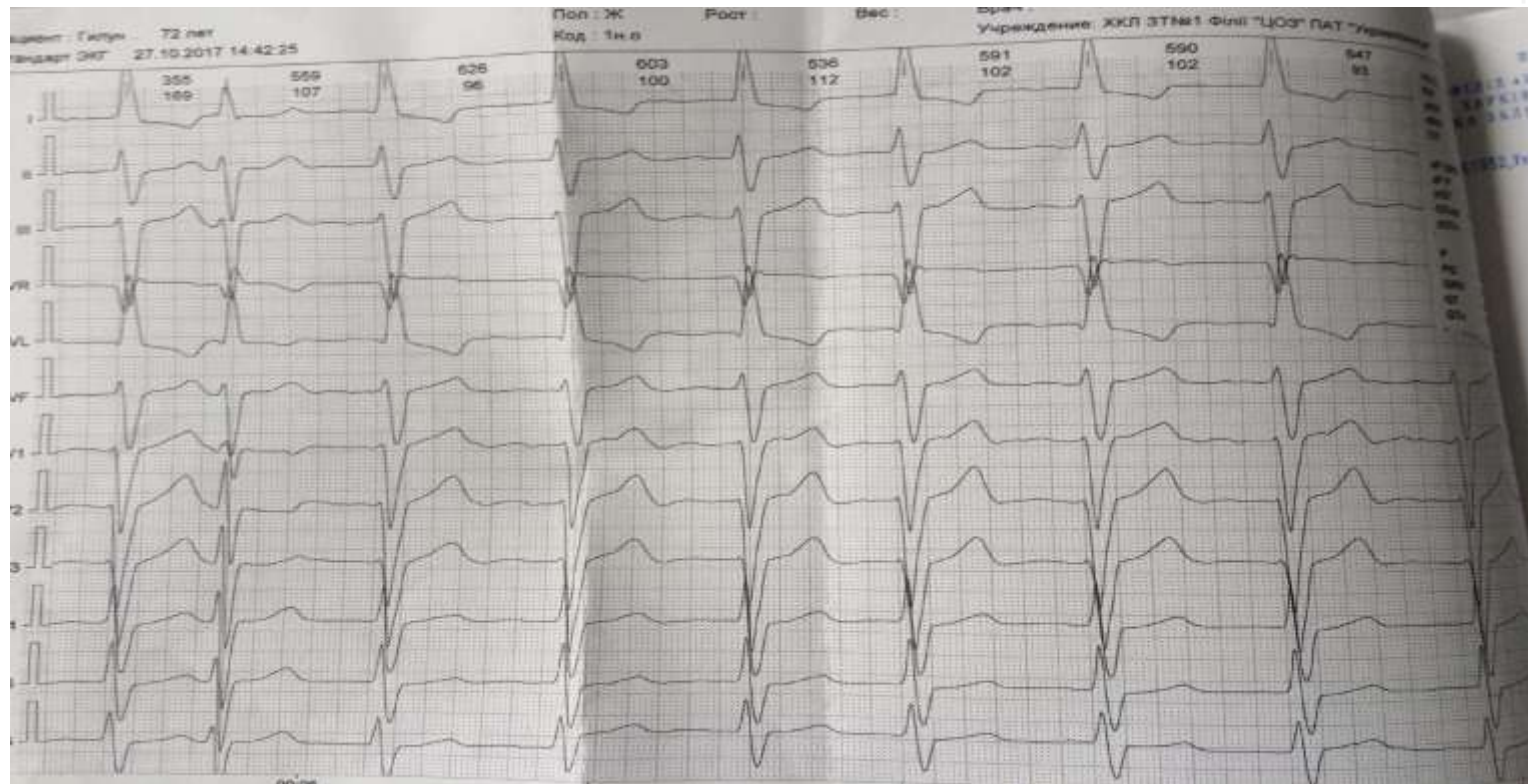
# Ліпідний спектр крові



	30.10.2018	норма	Для хворих ЦД 2 типу
Загальний холестерин	3,98 ммоль/л	< 5,2 ммоль/л	4,5 ммоль/л
ЛПДНЩ	0,49 ммоль/л	< 1,0 ммоль/л	
ЛПНЩ	2,44 ммоль/л	< 3,5 ммоль/л	< 1,8 (2,5)
ЛПВЩ	1,04 ммоль/л	> 0,9 ммоль/л	> 1,0 ммоль/л
триглицеріди	1,09 ммоль/л	< 2,3 ммоль/л	< 1,7 ммоль/л
Коефіцієнт атерогенності	2,82	< 3,0	

Висновок: норма

ЕКГ (27.10.18), висновок: Фібриляція передсердь, тахісистолична форма.  
Передньо-лівий полублок. Порушення процесів реполяризації в передньо-  
боковій стінці ЛШ



# Ехокардіографія ( 31.10.18)

Висновок: склеротичні зміни стулок аорти, аортального та мітрального клапанів. Дилатація порожнин обох передсердь. Гіпертрофія міокарда ЛШ. ФВ 59%. Дилатація порожнин обох шлуночків. Діастолічна дисфункція міокарда ЛШ 2 типу. Мітральна регургітація 1-2 ст., трикуспідальна регургітація 1-2 ст.



# Діагноз

Основне захворювання: ІХС, аортокардіосклероз. Постійна форма фібриляції передсердь, тахісистолія, EHRA II. CHA2DS2 VASc 8 балів, HAS BLED 4 бали. Гіпертонічна хвороба III ст., 3 ст. Ризик 4. СН II ФК, 2 а ст, зі збереженою фракцією викиду (59%). Наслідки перенесеного ішемічного інсульту стовбурової локалізації (20.12.2016).

Супутні захворювання: Цукровий діабет 2 тип, важка форма, стадія субкомпенсації. Хронічний гепатит С, середнього ступеня активності.

# Низька прихильність лікуванню 1

Аналіз анамнезу хвороби і життя дозволяє припустити низьку прихильність до лікування,

Для того, щоб з'ясувати причини низької прихильності - навмисні або ненавмисні (коли пацієнт не розуміє, чого від нього очікує лікар), ми намагалися покращити якість контакту з хворою:

- через відкриті питання
- проявляючи емпатію
- використовуючи активне слухання

# Низька прихильність лікуванню 2

Таким чином можна відзначити такі чинники низької прихильності у даної пацієнтки:

- страх побічних ефектів
- нерозуміння цілей лікування і необхідності профілактичного лікування
- схильність до самолікування

# Стратегії підвищення прихильності 1

Розглянемо можливі способи підвищення прихильності у данної пацієнтки.

- залучення пацієнта до прийняття рішень **підвищувати інформованість пацієнта про його захворювання і лікування (зрозумілою мовою, з поясненням медичних термінів)**. Підтримати в прагненні контролювати тиск, якщо треба - не перешкоджати використанню для цих цілей дихальних вправ. Але доповнити, оптимально - замінити їх виконання постійним прийомом антигіпертензивних препаратів. Для цього потрібно виявити проблему в уявленнях хворої про її захворювання та ризики і вигоди лікування, з урахуванням її потреб і цінностей.
- відкрите обговорення сумнівів пацієнта щодо лікування, можливих побічних ефектів і їх менеджменту

# Ризики низької прихильності 1

Метод для оцінки ризику тромбоемболічних ускладнень у хворих з неклапанною ФП - індекс **CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc**.

**C** (congestive heart failure) - серцева недостатність **+1 бал**

**H** (hypertension) - артеріальна гіпертонія **1 бал**

**A<sub>2</sub>** (age) - вік  $\geq 75$  років **2 бали**

**D** (diabetes mellitus)- цукровий діабет **1 бал**

**S<sub>2</sub>** (stroke) - перенесений інсульт або транзиторні ішемічні атаки або тромбоемболії **+2 бали**

**V** (Vascular disease) - судинні захворювання, наприклад атеросклероз судин нижніх кінцівок, інфаркт міокарда, атеросклероз аорти **1 бал**

**A** (Age 65-74 years) - вік від 65 до 74лет **1 бал**

**Sc** (Sex) - стать жіноча **1 бал**

## Стратегії підвищення прихильності 2

- транслювати переконаність в ефективності рекомендованих методів лікування
- спростити режим терапії використовувати фіксовані комбінації препаратів ( зменшувати кількість і кратність)
- забезпечити соціальну підтримку - навчання сім'ї пацієнта.

# Рекомендації при виписці

1. Контроль тиску на рівні до 130/90 мм рт. ст.  
8 мг периндоприлу + 2,5 мг індапаміду + 10 мг амлодипіну **фіксована комбінація** 1 раз/д, на ніч. При підвищенні артеріального тиску - ніфедипін 10 мг.
  2. Контроль ЧСС до 90 уд/хв.  
5 мг бісопрололу з титруванням дози кожні 2 неділі з 1,25 мг 1 раз/д, дігосин 0,25 мг 1 р/д 5 днів, 2 дні перерва.  
Пропафенон 300 мг під час нападів серцебиття.
  3. Контроль глікемії на рівні до 6,5 ммоль/л натще (в цільній крові) і HbA<sub>1c</sub> до 7,5%. Консультація ендокринолога щодо інсулінотерапії.
  4. Профілактика тромбоутворення.  
апіксабан 2,5 мг 2 р/д або ривароксабан 15 мг 1 р/д. При неможливості прийому - ацетилсаліцилова кислота 100 мг 1 р/д
- Таким чином – мінімум 6 препаратів на добу, що далеко від ідеального « 1 таблетка на добу»- реалії медикаментозного навантаження у хворих на серцево-судинні захворювання.

# Висновок

Слід активно виявляти і звертати увагу на ситуації неадекватного виконання рекомендацій, аналізувати причини і коригувати їх у роботі з кожним хворим.



Дякую за увагу!